LA FRANCE MÉDICALE

ET

PARIS MÉDICAL

S. — *Les bureaux de la* France Médicale *sont trans-*
9, rue des Pyramides. Prière de vouloir bien désormais
er à cette adresse tout ce qui concerne la rédaction et
inistration.

SOMMAIRE

othérapie : L'hydrothérapie dans les maladies utérines, le Dr Verrier. 545. — **Académie des sciences** : *Séance 20 août* 1894. — Présidence de M. Lœwy. — Influence des ons des tissus sur leur aptitude à fixer des substances dis- ces, 547. — Sur les propriétés antitoxiques du sang de sa- andre terrestre (Salamandra maculosa) vis-à-vis du cu- , 549. — Sur la constitution chimique de l'atmosphère, — **Académie de médecine** (*séance du* 28 *août* 1894, sidence de M. Larrey) : Du danger des manœuvres obsté- ales hâtives, 550. — **Session lyonnaise de la Société nçaise de dermatologie et de syphiligraphie** (suite n) (*séances des* 2, 3 *et* 4 *août* 1894, présidence de M. le Dron) : Récidives périodiques *in situ* d'un érythème po- orphe, 551. — Influence de l'iodoforme sur certains lupus, — Dermatite scarlatiniforme généralisée récidivante, 551. Pleurésie syphilitique, 551. — La lèpre vraie en Kabylie, — Malformation des maxillaires dans la syphilis hérédi- e, 551. — Rapport sur la réglementation de la prostitution, — Traumaticine au calomel dans le traitement de la sy- is, 552. — Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à t physiologique et dans l'eczéma pilaire, 552. — **Congrès médecins aliénistes et neurologistes de France et pays de langue française en 1894**, 553. — **VIIIe Con- s international d'ophthalmologie**, réuni à Edimbourg 7 au 11 août. — *Séance du* 8 *août*. — Démonstrations microsco- ues, 556 — Processus histologique de la guérison des plaies orantes de la sclérotique, 556. — Kyste orbitaire et mi- phtalmie, 556. — Altérations des cellules du centre visuel duites par l'exposition de l'œil à la lumière, 556. — De la rio-rétinite, 556. — Sur les altérations de la macula asso- s avec l'inflammation et l'œdème de la rétine, 557. — Am- opie temporaire récurrente et aspect ophthalmoscopique ervé pendant l'amblyopie, 557. — Sur l'hémorrhagie rétro- roïdienne après les opérations sur l'œil, 558. — Mécanisme l'accommodation, 559. — Du traitement de la diphtérie ocu- e par l'huile brute de pétrole ; trois cas ; guérison, 558. — la pression des paupières sur la cornée, 559. — Névrite ique d'origine réflexe amygdalaire, 560. — **Nouvelles**, 560.

HYDROTHÉRAPIE

L'Hydrothérapie dans les maladies utérines.

Par le Dr E. Verrier.

s tendances des gynécologistes actuels sont d'ou- les services rendus à la santé publique par l'hy- hérapie dans les affections de l'utérus et de ses xes.

l'on consulte la clinique de Fleury on est frappé ons résultats que ce maître avait obtenu par la he dans les congestions chroniques de la matrice et dans les déplacements de cet organe. Dans les maladies péri-utérines, il arrêtait la marche de l'inflammation par les applications locales de la glace, de l'eau froide ou par des bains de siège à eau courante, ce qui est toujours de l'hydrothérapie.

Grâce à ce traitement rationnel, nombre de métrites guérissaient, les phlegmons péri-utérins n'arrivaient pas à suppuration et ce que le prof. Pajot avait appelé les fausses routes vaginales disparaissaient par suite du redressement de l'organe dévié.

Ce traitement local, joint à un traitement général analeptique et reconstituant, rendait aux malades la santé, et à la société une mère de famille susceptible de donner des enfants à la patrie.

Ce résultat n'est-il pas préférable aux mutilations modernes qui font d'une partie de ces malades des êtres sans sexe et sans nom ?

Priessnitz ne paraît pas avoir appliqué l'hydrothérapie aux affections de l'utérus. Baldou est le premier auteur qui aie essayé la douche dans le traitement des maladies des organes génito-urinaires de la femme. Lubansky, sur trois cas d'engorgement, n'obtient aucun résultat, mais il eût la satisfaction de guérir un déplacement qui avait été traité sans succès par Lisfranc.

Depuis, Fleury, dès 1849, a recueilli un certain nombre d'observations sur des quantités de malades qu'il a soumises à la douche. Il a consigné ses premiers résultats dans la *Gazette Médicale de Paris*, 1849 : *Mémoire sur les douches froides appliquées au traitement des affections utérines.* Enfin, il a réuni dans les éditions successives de son *Traité d'hydrothérapie*, non seulement les maladies utérines et péri-utérines proprement dites, mais encore les troubles des fonctions digestives qui en sont souvent la conséquence et toute la série des phénomènes névropatiques, attaques hystériformes, cataleptiques et névralgies plus ou moins vagues, qui sont aujourd'hui du domaine de la neuropathologie.

Nous avons, dans un article précédent, parlé des bons effets de la douche épigastrique dans la gastralgie et la dyspepsie et c'est là, avons-nous dit, un véritable massage de l'estomac.

Il ne nous reste plus qu'à enregistrer les résultats obtenus par les pratiques hydrothérapiques dans les métrites, endométrites ou périmétrites.

Nous le ferons rapidement en renvoyant le lecteur pour les détails au beau livre du Dr Fleury (4e édit., 1875) et à la clinique de Passy encore inédite.

Observation I. — *Engorgement; ulcération; abaissement de l'utérus; accidents nerveux graves, traitement hydrothérapique; guérison.*

Femme de 34 ans, bonne constitution, tempérament sanguin, réglée à 13 ans irrégulièrement la première année et douloureusement, pertes abondantes, puis chlorose qui dure trois ans... Mariée à 21 ans, grossesse pénible, accouchement dystocique, travail de soixante-treize heures. Premier accidents à la suite. Ils vont en augmentant pendant douze ans. Douleurs hypogastriques, tiraillements, marche difficile, sensation de corps étranger dans la position assise, lassitude extrême; ne peut supporter de voiture, menstruation irrégulière, douloureuse. Troubles nerveux faisant craindre une affection organique du cœur, dyspnée, accès de toux, migraines, aménorrhée pendant huit mois. Ulcération du col, abaissement et engorgement utérins constatés au toucher et au spéculum, ne quitte plus le lit depuis six mois.

Trois mois d'un traitement énergique, y compris les cautérisations au fer rouge, n'ont modifié ni l'état local, ni l'état général.

A partir de ce moment la malade reçoit deux douches révulsives de quelques minutes de durée tous les jours.

La malade les prend avec plaisir, la réaction est prompte, la peau fortement rougie à la suite de chaque douche, qui sont surtout suivies d'une sensation de bien-être, de légèreté, donnant espoir à la malade.

Commencé le 15 avril, ce traitement avait procuré une amélioration très sensible le 30 juin. La malade marchait, allait en voiture, montait et descendait les escaliers sans douleurs. Plus de constipation, ni de météorisme. L'ulcération persiste, mais le col a notablement diminué de grosseur, enfin le 30 septembre la malade est complètement remise, tous les phénomènes subjectifs et objectifs ont disparu et elle quitte l'établissement.

Observation II. — *Chloro-anémie; dysménorrhée; engorgement et abaissement de l'utérus; phénomènes morbides locaux et généraux graves; guérison.*

Femme de 34 ans, taille élevée, tempérament lymphatique.

Antécédents. — Chlorose à 18 ans, qui résiste au fer et à tous les moyens employés. Aujourd'hui encore, la malade présente tous les phénomènes d'une chloro-anémie profonde. La menstruation a toujours été irrégulière, avec dysménorrhée. Mariée à 22 ans, la malade a eu plusieurs enfants. La dernière grossesse s'est terminée par une fausse couche, à partir de laquelle elle a éprouvé les accidents qui l'amènent aujourd'hui à l'établissement d'hydrothérapie.

État actuel. — Indépendamment des phénomènes chloro-anémiques, la malade éprouve des douleurs vives et des tiraillements dans la région lombaire et la partie supérieure des cuisses, pesanteur au périnée. La station debout ou assise, la marche, la voiture, augmentent considérablement ses souffrances et elle est forcée de passer la journée sur une chaise longue. Règles douloureuses, écoulement leucorrhéique abondant. Le toucher dénote un abaissement modéré, mais le col, volumineux et lisse, est ramolli. L'hydrothérapie est commencée le 12 octobre, et le 12 novembre, tous les phénomènes morbides avaient disparu.

La malade voulut rester encore quelque temps pour consolider sa guérison, notamment combattre la disposition à la chloro-anémie, cause première de toute la maladie.

Elle partit de l'établissement entièrement guérie de chlorose et de l'affection utérine le 12 janvier suivant.

Observation III. — *Abaissement et antéversion de l'uté engorgement du col et ulcérations; dysménorrhée; hy rie; catalepsie; somnambulisme; accidents nerveux toutes sortes; troubles graves de la digestion, de la ci lation, de la respiration, etc.; inefficacité, pendant v ans, des ressources de la thérapeutiques; traitement hy thérapique; application du fer rouge; guérison.*

Femme de 46 ans, forte constitution, tempérament s guin, née de père nerveux et de mère lymphatique, ré à 18 ans, perd abondamment et très irrégulièrement.

Mariée à 20 ans, a mal supporté les premières approc conjugales. Les règles sont devenues plus régulières, n se sont transformées en pertes d'une durée de dix à d jours et ont affaibli la malade et fait naître des accid nerveux de toutes sortes.

Première grossesse six ans après. La malade jouit d bonne santé pendant sa durée, mais au terme de la g sesse, à la suite de douleurs abdominales extrêmen vives, la malade a expulsé une môle hydatique.

A la suite de cet accident, et par suite de l'irrita physique et morale que lui causaient les rapprochem sexuels, des chagrins domestiques sont venus jeter la turbation dans cette organisation à peine remise, et donné lieu à une congestion cérébrale qui fut traitée les émissions sanguines.

Ces saignées ont tellement affaibli la malade que troubles nerveux graves, la grande hystérie avec tout cortège, se sont montrés et n'ont cessé de durer pen vingt ans, résistant à tous les traitements employés.

Neuf mois d'un traitement hydrothérapique réguli ment suivi, aidé de quelques cautérisations au fer ro ont rendu la malade à la santé.

Observation IV. — *Engorgement considérable et ulcéra du col utérin; abaissement et antéversion; métrorrha gastralgie; troubles profonds de la digestion et de la trition; anémie considérable, troubles graves de la ci lation; inefficacité pendant plusieurs années des ressou usuelles de la thérapeutique; traitement hydrothérapi application du fer rouge; guérison.*

Malade de 28 ans, mère robuste, père nerveux. Régl 13 ans, mariée à 18 ans, 4 grossesses en dix ans, do fausses couches et 2 enfants à terme. Chacune de ces g sesses a été signalée par des accidents nerveux, don donnée se trouve inscrite en tête de l'observation. La lade a fait une saison à Vichy. Amélioration, mais rech à son retour chez elle. L'année suivante, bains de sans résultat. Enfin, des phénomènes du côté de l'ut viennent se joindre aux troubles généraux. Engorgem du col, ulcération, abaissement et antéversion. Les cau sations au nitrate d'argent ne procurent aucun soul ment. Sur ces entrefaites, la malade perd son père chagrin qu'elle en éprouve achève d'altérer sa santé.

Des pertes viennent bientôt lui rendre la marche imp sible. Elle reste couchée la plus grande partie de la jour et éprouve de fréquentes syncopes.

Le traitement hydrothérapique est commencé le 7 n

lioration le 7 juin. Quelques cautérisations sur le col. raitement est continué quatre mois, et le 5 octobre, gorgement, l'ulcération et l'abaissement ont disparu. t général est parfait et la malade est rendue à sa lle.

RVATION V. — *Abaissement très prononcé de l'utérus; gorgement considérable du col; accidents locaux et méniques très graves; inefficacité pendant huit ans des itements les plus variés; traitement hydrothérapique; plication du fer rouge; guérison.*

lade de 30 ans, tempérament nerveux, santé excellente u'à 17 ans, époque du mariage.
ossesse à 18 ans très heureuse. Accouchement facile. vailles très promptes.
30 ans deuxième grossesse.
22 ans fausse couche de deux mois à la suite de fatigues émotions morales.
année suivante nouvelle grossesse, celle-ci moins bonne la première, troubles digestifs variés.
eux autres fausses couches consécutives, et dernière sesse à 28 ans.
ndant les quatre derniers mois, la marche, la station de- et assise provoquent de vives douleurs au point que la ade est forcée de toujours garder la position horizontale. accouchement est suivi d'une si grande faiblesse que alade ne peut reprendre ses affaires habituelles qu'au de deux mois.
s accidents locaux vont en augmentant et agissent sur t général.
malade ne peut supporter un pessaire qu'on lui placé. Elle est soumise au massage utérin deux fois jour pendant deux heures chaque fois, d'abord avec un ain soulagement, mais bientôt elle renonce désespérée s manipulations désagréables pour elle.
est alors qu'elle commence l'hydrothérapie qui, du oût au 15 avril amène une complète guérison.

ERVATION VI. — *Accidents nerveux graves; engorgement col utérin; ulcérations; antéversion; inefficacité absolue des antispasmodiques, des ferrugineux, des toniques ; traitements hydrothérapiques incomplets; disparition omentanée des accidents nerveux suivie de rechute.*

me B., 42 ans, tempérament sanguin uni à une grande ressionnabilité nerveuse, pas de maladies d'enfance, n antécédent héréditaire. Réglée à 13 ans, régulière- t; mariée à 20; grossesse heureuse et accouchement e. Mais impressionnable au possible, elle s'alarme de situation politique et sociale et craint pour la vie de son i, que ses fonctions exposaient aux haines politiques. ces entrefaites la malade perd sa mère à laquelle elle t donné des soins assidus. Première et violente crise veuse, mouvements convulsifs dans les membres inférieurs, tandis que les bras restent inertes, engourdis; sionomie anxieuse, contraction des mâchoires, oppres- , dyspnée. La malade se soulève violemment, gargouillements abdominaux, redressement subit et course folle s la chambre. On l'arrête et la maintient de force, cris ques, inarticulés. Enfin détente et prostration consécu- après un accès d'une heure. Le sommeil qui lui succède la calme, mais à son réveil elle est courbaturée, antie.

Ces accès, d'abord assez éloignés, se rapprochent au point de devenir quotidiens, quelquefois sans cause appréciable, le plus souvent à la suite d'une émotion morale. Certains jours la malade a deux accès, puis des douleurs atroces au creux épigastrique, des contorsions de membres, du délire en un mot tous les signes de la grande hystérie.

De nombreux médecins l'ont vue.

Tous les traitements ont été inutilement employés. Bien au contraire, les crises se rapprochent au point de ne plus laisser de repos à la malade dans la journée.

Le sommeil lui-même, qui était resté bon jusque-là, est remplacé par une série de rêves et d'affreux cauchemars interrompus par de brusques réveils.

Tel était l'état de la malade lorsqu'elle vint réclamer le secours de l'hydrothérapie.

L'examen local fait en outre découvrir un engorgement du col utérin considérable, accompagné d'ulcération et d'antéversion de l'organe, ce qui certainement avait de l'influence sur l'état général.

Le traitement hydrothérapique est commencé le 25 juillet et déjà, dès la première semaine, les crises nerveuses diminuaient de fréquence et d'intensité.

Le 15 août, la malade n'avait plus qu'une attaque tous les quatre jours.

Elle part le 8 septembre malgré notre avis; elle n'avait pas eu d'attaque depuis quinze jours. Rechute le 27 février. Guérison.

Le 27 mars, départ. et retour pour la troisième fois le 12 novembre.

Les attaques se reproduisent depuis un mois et elles sont accompagnées d'une vulvo-vaginite aiguë.

Douches froides, émollients et bains de siège froids à eau courante. Le 2 décembre cautérisation au fer rouge. Cette fois la guérison est définitive, et la malade, rentrée chez elle, n'a pas de nouvelle rechute.

(*A suivre*).

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 20 août 1894. — Présidence de M. Lœwy.

Influence des lésions des tissus sur leur aptitude à fixer des substances dissoutes. — MM. A. Charrin et P. Carnot. Lorsqu'on introduit, dans un organisme vivant, des substances solubles, tantôt on voit ces substances se distribuer uniformément, se rendre indistinctement dans les divers appareils, tantôt on constate que cette distribution est inégale : tel principe s'accumule de préférence dans le foie, tel autre dans le cerveau. En dehors de l'influence de la porte d'entrée, influence aisée à neutraliser en usant de la voie intra-veineuse générale, ou de la voie digestive, il est permis d'expliquer quelques-uns de ces faits par des affinités chimiques entre les corps injectés et la constitution des parenchymes. Pour les bactéries, les choses se passent de la même façon. Mais, dans ces cas, on comprend plus facilement qu'un microbe donné se fixe, par hypothèse, dans la rate, tandis qu'un second va pulluler dans la moelle des os. Chacun de nos viscères constitue en quelque sorte un milieu de culture spécial; dès lors, il n'est pas surprenant que, suivant la composition de ces milieux, des

parasites se localisent dans l'un plutôt que dans l'autre, ces localisations étant gouvernées par la nature des aliments recherchés par l'espèce mise en cause.

Toutefois, certaines notions demeurent acquises. On admet, en particulier, que des lésions locales préexistantes appellent, pour ainsi dire, les infiniment petits; si, par exemple, le rein droit a été légèrement contusionné ou cautérisé, et qu'on vienne à injecter des bacilles dans la veine de l'oreille, dans la majorité des cas, ces bacilles se retrouveront plus abondamment dans ce rein droit que dans le gauche parfaitement sain (1).

Ces lésions locales exercent-elles une influence analogue vis-à-vis des substances discutes? La question, pour plusieurs raisons, mérite d'être examinée, et, bien entendu, l'expérience seule doit fournir la réponse.

Expérience I. — Un lapin pesant 1.940 grammes, dont on a sectionné le sciatique gauche, reçoit quotidiennement, sous la peau, 1 cc. d'une solution d'acide de plomb à 1/10e. — Il succombe le septième jour.

L'autopsie décèle une péritonite caractérisée par des néo-membranes tapissant à droite le feuillet pariétal, le centre phrénique, l'épiploon; ces néo-membranes sont blanchâtres; elles présentent un aspect brillant, réfringent, métallique; elles contiennent des coli-bacilles.

On plonge la séreuse abdominale en totalité dans un bain d'eau acidulée par l'acide chlorhydrique, durant vingt-quatre heures; puis on fait agir un courant d'hydrogène sulfuré.

On obtient une teinte noire foncée au niveau des parties malades; les régions saines demeurent incolores. — La plaie du sciatique, qui suppure légèrement, offre, après un traitement identique, cette même teinte, tandis que la zone voisine, indemne d'inflammation, ne change pas sensiblement d'aspect.

Expérience II. — Pendant onze jours, on intoxique par la voie gastrique, à l'aide de cette solution d'acétate de plomb, un lapin auquel on a inoculé la tuberculose; l'animal reçoit par jour 2 cc.

La nécropsie révèle que les granulations bacillaires, d'ailleurs nombreuses, sont inégalement distribuées; elles sont en quelques points très confluentes; dans ces points la plèvre est épaissie.

On soumet ces pièces à la technique précédente, et on voit la teinte noire se développer autour de ces granulations, révélant çà et là des nodules peu visibles à l'œil nu. — Les fragments privés de tubercules se foncent à peine.

Expérience III. — On réalise cette même intoxication plombique, chez un lapin porteur d'une arthropathie considérable du genou droit, provoquée par l'injection intra-synoviale d'une culture pyocyanique. — L'animal meurt au bout de neuf jours.

Les tissus articulaires traités par la solution acidulée, puis par l'hydrogène sulfuré, deviennent noirs.

Sur des parcelles de ces tissus malades, on a contrôlé ces réactions, en précipitant le plomb à l'état de chromate ou en le colorant à l'état d'iodure (2).

A la rigueur, on aurait pu objecter que cette teinte fonc était due à l'action de l'hydrogène sulfuré qui agit sur ce tains éléments sanguins en milieu alcalin. Déjà, les pr cautions prises pour acidifier ces tissus suffisaient po rejeter cette objection; ces nouvelles réactions la rende absolument inadmissible.

La survie beaucoup trop courte des animaux n'a p permis au plomb de s'accumuler en assez grande quanti pour enregistrer, en dosant, des poids suffisamment diff rents: nous espérons plus tard obtenir ces différences.

L'examen histologique des coupes des tissus altérés po à penser que le plomb arrive dans les régions lésées l'état soluble et non, comme le feraient supposer des fa connus, sous forme de granulations transportées par l cellules mobiles. Du reste, un amas de leucocytes, co taté au voisinage de l'articulation enflammée, ne s'est p sensiblement coloré sous l'influences des réactions mises jeu.

Il serait aisé de risquer des hypothèses pour sav pourquoi ces corps se fixent de préférence dans les zon détériorées; bornons-nous, pour le moment, à remarqu que, dans ces zones, l'œdème tend à indiquer et le dév loppement et la lenteur de la circulation de la lymphe, s parler des néoformations vasculaires qui accompagnent processus inflammatoires.

Cette circulation lymphatique se fait dans des espac lacunaires; l'absence de vaisseaux d'un volume appréciab chez les animaux le plus souvent utilisés dans les labo toires, rend difficile la mesure de l'écoulement de ce liqui Nous avons tenté de tourner la difficulté, sur les conse de M. Bouchard.

Nous avons pratiqué, en respectant la veine fémora une égale constriction à la racine des membres inférie d'un lapin porteur d'une arthropathie infectieuse du gen droit et intoxiqué par l'acétate de plomb. — Un œdè s'est produit des deux côtés, dans des proportions minin à la vérité, malgré la section des nerfs.

Après un temps identique, nous avons recueilli la séros épanchée par des pressions répétées sur les tissus incis le côté malade a fourni 1 cent. 2/3 de plus que le côté sa — En tenant compte de l'état de l'articulation, nous av trouvé que le membre droit pesait seulement 1 gr. 10 plus que le gauche; à vrai dire, ses muscles étaient, partie, atrophiés.

Quoi qu'il en soit, les lésions locales préalables paraiss capables, suivant nos expériences, d'influencer la répar tion des substances toxiques introduites dans l'organisn du moins dans les conditions indiquées.

Cette donnée constitue plus qu'une curiosité. — Elle l entrevoir le rôle des altérations traumatiques ou aut dans la genèse des accès de certaines maladies dites nutrition, en aidant à comprendre comment, par exemp un choc sur une articulation va provoquer en ce point dépôt des urates, ou, du moins, va faire partie des cau multiples, dont la mise en jeu aboutit à ce dépôt. — Ce donnée explique pourquoi, au cours d'un empoisonnem général, les tissus antérieurement en souffrance, les li de faible résistance seront les plus touchés. — Elle per de saisir, par une sorte d'analogie, l'action de la tuber line ou de la malléine au niveau des granulations dues bacille de Koch ou à celui de la morve. — Elle autoris prévoir la fixation, l'accumulation des sels de bismuth

(1) Nous poursuivons sur ce sujet, avec M. Duclert, d'intéressantes expériences au laboratoire de M. Bouchard.

(2) Nous ne rapportons ici, faute d'espace, que trois des sept expériences, toutes analogues au point de vue des résultats, que nous avons poursuivies au laboratoire du professeur Bouchard.

ulcérations de l'intestin atteint d'entérite, etc. Cette née, en définitive, soulève quelques coins des voiles qui ouvrent les mécanismes d'une série de processus, soit pathologie toxique, soit en thérapeutique, soit, en me, en matière de distribution d'une foule de principes ibles agissant à titre d'agents physiologiques, à titre de sons ou de médicaments.

ur les propriétés antitoxiques du sang de salamandre estre (Salamandra maculosa) **vis-à-vis du curare.** MM. C. Phisalix et Ch. Contejean. Dans un travail anté- ir, nous avons constaté que les salamandres résistent ne façon remarquable à l'action de certains poisons, ticulièrement à celle du curare. C'est ainsi qu'une sala- ndre pesant 28 grammes n'a été complètement cura- e qu'après avoir reçu 43 grammes de curare, dose able d'empoisonner plus de 80 grenouilles ! Cette immu- é existe déjà, mais à un degré moindre, chez la larve de mandre, qui résiste beaucoup mieux au curare que le ard de grenouille.

'est pour étudier le mécanisme de cette immunité que is avons entrepris ces nouvelles recherches. Nous nous mes demandé d'abord s'il n'y aurait pas, comme pour venin, une relation entre cette immunité et la présence glandes venimeuses, d'autant plus que, chez le crapaud, ésistance au curare est beaucoup plus grande que chez grenouille. Dans ce cas, l'immunité de la salamandre ir le curare serait due à la présence dans le sang, d'une stance qui aurait pour résultat d'empêcher ou de neu- liser les effets de ce poison.

our vérifier cette hypothèse, nous avons cherché si oculation de sang de salamandre pourrait annihiler, z la grenouille, l'action si énergique du curare chez cet mal. C'est ce qui ressort, en effet, des expériences sui- ntes :

1° Le mélange de sang de salamandre et de curare, en portions convenables, n'agit pas sur la grenouille.

Expérience. — Le 11 juin, à 6 heures du soir, on fait les élanges suivants (1).

1° 20 parties de sang de salamandre défibriné : 1 1/2 partie solution de curare à 1 p. 1000.

2° Mélange identique.

3° 20 parties d'eau salée physiologique : 1 partie de cu- re à 1 p. 1000.

Le lendemain, 12 juin, à 9 heures, ces mélanges sont in- tés dans le péritoine à 3 grenouilles. Or, tandis que la enouille témoin n° 3 est complètement curarisée au ut de dix minutes, les deux autres, nos 1 et 2, n'ont ma- festé aucun symptôme de curarisation.

Si l'on augmente progressivement la quantité de curare élangée au sang, on arrive à injecter quatre fois la dose rtelle minima, c'est-à-dire 0 milligr. 26 de curare mé- gés à 1 cc. 3 de sang de salamandre, dans la cavité pé- onéale d'une grenouille, sans qu'elle paraisse éprouver malaise. Inversement, on peut diminuer la quantité de ng pour une même dose de curare ; dans ce cas, 0 cc. 4 sang suffisent à neutraliser la dose mortelle minima, st-à-dire 0 milligr. 065 de curare.

(1) Ces mélanges ont été faits avec une seringue contenant cent. 3 et dont la tige du piston est divisée en 20 parties ales. Une seule division de solution de curare à 1 p. 1000, st-à-dire 0 mg. 065, a suffi constamment pour curariser à ad une grenouille quelconque.

Ces chiffres ne sont pas absolus ; ils varient un peu suivant les conditions diverses de l'inoculation.

Parmi ces conditions, il en est une qui est moins favorable à la manifestation du pouvoir antitoxique du sang de salamandre, c'est l'inoculation du mélange, non plus dans le péritoine, mais dans le sac lymphatique dorsal ; elle détermine souvent une curarisation incomplète. Or, dans ce cas, il se forme un coagulum qui distend le sac lymphatique et qui modifie probablement les conditions respectives d'absorption de la substance antitoxique et du curare. Cela prouve toutefois que le sang n'a pas agi comme antidote en détruisant le curare in vitro, par action chimique.

2° Le sang de salamandre provoque une réaction physiologique antagoniste du curare.

Pour le démontrer d'une manière plus évidente, nous avons inoculé d'abord le sang de salamandre à plusieurs grenouilles, puis, vingt-quatre heures après, la solution de curare. Dans ces conditions le pouvoir antitoxique du sang de salamandre s'est manifesté d'une manière plus énergique que s'il avait été préalablement mélangé au curare.

Expérience. — Le 11 juillet, on inocule du sang défibriné de salamandre à 5 grenouilles partagées en deux lots. 3 grenouilles, formant le premier lot, reçoivent chacune *dans le péritoine* 1 cc. 3 de ce sang. Le deuxième lot, 2 grenouilles, reçoit la même dose de sang dans le *sac lymphatique* dorsal. Le lendemain, à la même heure, on fait l'inoculation d'épreuve avec des doses variables de curare.

Premier lot : *Grenouille n°* 1, 0 milligr. 13 de curare dans le péritoine (*deux fois la dose mortelle*). — Aucun symptôme. Le 18 juillet, sert à une autre expérience.

Une grenouille témoin a été curarisée complètement en moins de quinze minutes.

Grenouille n° 2, 0 milligr. 26 de curare dans le péritoine (*quatre fois la dose mortelle*). — N'a éprouvé aucun malaise. Est encore bien portante le 20 juillet.

Grenouille n° 3, 0 millig. 39 de curare dans le péritoine (*six fois la dose mortelle*). — Aucun symptôme. Le 16 juillet, sert à une autre expérience.

Jamais, par le mélange direct avec la même quantité de sang, nous n'avons pu faire supporter une dose de curare aussi forte que dans cette dernière expérience.

Il est donc vraisemblable d'admettre que cette augmentation de résistance tient à ce que l'organisme de la grenouille inoculée préventivement a eu le temps d'accomplir une réaction antagoniste plus intense.

Pour répondre à l'objection que le sang resté dans le péritoine pourrait encore modifier, après vingt-quatre heures, l'activité ou l'absorption du curare, nous avons, sur le deuxième lot de grenouilles qui avaient reçu le sang dans *le sac lymphatique dorsal*, inoculé le curare dans le *péritoine*.

Deuxième lot : *Grenouille* n° 1, 0 milligr. 26 de curare dans le péritoine (*quatre fois la dose mortelle*). — Aucun symptôme. Le 16 juillet, très vigoureuse, sert à une autre expérience.

Grenouille n° 2, 0 milligr. 39 de curare dans le péritoine (*six fois la dose mortelle*). — La curarisation est retardée, elle n'a lieu complètement qu'au bout d'une heure. (*Le sac lymphatique était distendu par le coagulum.*)

D'après ces expériences, il est évident que le sang de

salamandre terrestre provoque, dans l'organisme de la grenouille, une réaction physiologique d'où résulte une forte immunité pour le curare. Pour nous assurer que cette propriété est particulière au sang de salamandre, nous avons répété les expériences précédentes avec du sang de chien et du sang de grenouille ; elles ont constamment échoué.

En résumé, le sang de salamandre terrestre renferme une substance antitoxique vis-à-vis du curare, substance dont l'action protectrice s'exerce non seulement sur l'animal qui la sécrète, mais encore sur la grenouille qui est le véritable réactif physiologique du curare.

Sur la constitution chimique de l'atmosphère. — M. T.-L. Phipson. — Je demande à l'Académie la permission d'ajouter quelques mots à ma note *sur l'origine de l'oxygène atmosphérique*. Mes expériences sur la végétation dans ce que j'ai appelé une *atmosphère primitive*, consistant en azote, acide carbonique et vapeur d'eau, m'ont montré que les plantes actuelles sont essentiellement *anaérobies*, qu'elles peuvent végéter parfaitement dans une pareille atmosphère. L'analyse du milieu gazeux, après plus de trois mois de végétation du *Convolvulus arvensis*, a montré qu'il était plus riche en oxygène que ne l'est notre atmosphère actuelle.

Dans les temps géologiques, dès l'apparition des plantes inférieures, l'oxygène libre a commencé à faire partie de l'atmosphère terrestre, et l'on conçoit que, peu à peu, les cellules anaérobies ont dû se modifier graduellement à mesure que la quantité d'oxygène libre a augmenté et que la chaleur a diminué, jusqu'à ce que la *cellule aérobie*, ou, en d'autres termes, la vie animale, ait pu paraître et se développer.

L'oxygène a continué à augmenter, depuis ces époques éloignées, tandis que l'acide carbonique de l'air a diminué, laissant comme témoins de son abondance primitive les énormes dépôts de charbon, de lignite, etc., que nous trouvons dans les couches stratifiées. La paléontologie nous montre que, à mesure que la quantité d'oxygène augmentait dans l'atmosphère terrestre, les animaux devenaient de plus en plus parfaits, pour aboutir au maximum de développement du système nerveux cérébro-spinal, la plus haute caractéristique de l'animalité.

C'étaient les plantes les plus inférieures qui, sous l'influence des rayons solaires, versaient l'oxygène dans l'atmosphère terrestre ; j'ai vu, dans mes expériences de laboratoire, que ce sont précisément ces plantes inférieures, ces *Protococcus*, ces *Microcystis*, ces *Conferva*, etc., qui, poids pour poids, donnent, dans l'eau chargée d'acide carbonique, la plus grande quantité d'oxygène dans un temps donné.

L'azote, l'acide carbonique et la vapeur d'eau renferment tous les éléments des êtres organisés, sauf une petite quantité de matières minérales. Des expériences qui m'ont occupé depuis une trentaine d'années m'ont convaincu que l'azote est assimilé par les plantes à l'état d'azotates. La nitrification s'opère partout à la surface de la terre par l'*oxydation de l'ammoniaque*. L'ammoniaque est l'origine de l'acide nitrique dans la nature et, comme l'acide carbonique, l'ammoniaque est un produit volcanique.

A la température ordinaire, l'azote et l'oxygène ne se combinent pas ; mais l'ammoniaque est oxydée dans un grand nombre de circonstances, pour donner naissance à de l'acide azotique ; jamais je n'ai pu opérer la nitrification sans substances pouvant donner de l'ammoniaque (1).

Un des faits les plus curieux et les plus intéressants de la chimie, c'est la facilité avec laquelle deux corps de propriétés aussi opposées que l'ammoniaque et l'acide azotique peuvent se transformer l'un dans l'autre.

ACADÉMIE DE MÉDECINE

Séance du 28 août 1894. — Présidence de M. Larrey.

Du danger des manœuvres obstétricales hâtives. — M. Charpentier lit un rapport sur un travail de M. Aron (de Sedan) intitulé « Observation concernant la pratique des accouchements ».

M. Aron, dit M. Charpentier, a terminé sa thèse, de date déjà ancienne, par les conclusions suivantes :

1° Dans les cas où l'accouchement s'est terminé à la suite de manœuvres obstétricales, la régression utérine ne présente pas la régularité classique.

2° Il n'est pas possible de préciser la durée de ce travail de régression ;

3° Les maladies utérines, pouvant être dans quelques cas la conséquence d'une régression incomplète, sont donc à redouter surtout après les manœuvres obstétricales ;

4° Les manœuvres obstétricales, même pratiquées dans les conditions les plus favorables, présentent toujours quelque danger et l'accoucheur ne devra y recourir que dans le cas d'absolue nécessité.

Je m'associe pleinement à ces conclusions de M. Aron. Toutefois, il semble avoir changé d'opinion depuis, et le travail qu'il vous a envoyé et que j'ai aujourd'hui à analyser se termine par des conclusions absolument contraires :

M. Aron prétend aujourd'hui que l'infection puerpérale s'observe beaucoup plus souvent après les accouchements spontanés qu'après les accouchements artificiels. Il cite le cas d'une femme qui a eu de l'infection puerpérale après son premier accouchement qui s'était fait spontanément, tandis que deux accouchements postérieurs, ayant nécessité une intervention opératoire, se sont passés sans infection. M. Aron en prend prétexte pour recommander l'intervention active. Or, ce fait, à mon avis, ne prouve absolument rien dans le sens indiqué par l'auteur.

Il nous semble, au contraire, que les manœuvres opératoires exposent à provoquer des érosions du vagin et de la vulve, qui peuvent servir de porte d'entrée à l'agent infectieux, et exposent aussi à élargir la plaie utérine.

A mon avis la première règle, la première qualité de l'accoucheur est toujours de savoir ne rien faire. M. Aron a, il est vrai, une statistique splendide, pour ses interventions : 156 forceps avec 156 succès pour la mère, 152 pour l'enfant.

(1) Dans une expérience que j'ai faite récemment, de l'ammoniaque liquide diluée est versée dans une solution de permanganate de potasse : au bout de quarante-huit heures, tout le manganèse est précipité à l'état d'hydrate de peroxyde ; la solution filtrée, et abandonnée à l'évaporation spontanée, donne un mélange d'azotite et d'azotate de potasse cristallisés. Si l'ammoniaque est en grand excès, c'est l'azotite qui prédomine ; si le permanganate est en excès, c'est l'azotate que j'obtiens.

remarquons que M. Aron applique par principe le ps dès qu'il est appelé par une sage-femme. Je pro- de toutes mes forces contre cette pratique exagérée. succès ne sont pas dus à la hâte de l'intervention, mais abileté de l'opérateur et à sa rigoureuse asepsie.

forceps est un merveilleux instrument mais qui ne plus être détourné de son but ; la terminaison natu- de l'accouchement doit être la règle ; l'intervention être l'exception. M. Aron prétend, par son application ve de forceps, diminuer la fatigue qui résulte pour la me de la prolongation du travail ; cette fatigue peut dans certains cas, une indication ; mais cela est bien .

e même pour les manœuvres par version ; il ne faut la version que lorsqu'elle est absolument indiquée, t-à-dire dans les présentations de l'épaule, quand la tation est complète et, autant que possible, quand la he des eaux est intacte.

es conclusions du travail de M. Aron me semblent donc justifiées. L'intervention ne doit jamais être hâtive. contraire elle doit être reculée autant que possible et doit être faite qu'en cas d'indication absolue.

SESSION LYONNAISE DE LA

CIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

(Suite et fin).

nces des 2, 3, 4 août 1894. — *Présidence de* M. *le* Dr Dron

écidives périodiques *in situ* d'un érythème polymorphe. M. H. Hallopeau. Des poussées d'érythème polymorphe vent se reproduire avec des caractères identiques à que époque menstruelle : il peut n'avoir au début une seule localisation ; ses manifestations peuvent de- ir graduellement plus nombreuses en se reproduisant jours dans les points primitivement envahis avec les mes caractères, ici d'érythème papuleux, là d'érythème iculeux ; ces récidives constantes dans les mêmes par- s peuvent s'expliquer par la moindre résistance qu'oppo- t à l'action des toxines autochtones les parties intéres- s par les précédentes éruptions.

nfluence de l'iodoforme sur certains lupus. — M. Brocq. ici deux faits que j'ai observés et qui me paraissent éressants :

e connais un malade atteint depuis longtemps de lupus bérculeux non exedens de la joue droite des plus belles, à marche extensive graduelle. En même temps il sente des lésions de lupus érythémateux typique des igts. Or, quand il prend de l'iodoforme, les éruptions des ins disparaissent au bout d'un certain temps pour repa- tre lorsqu'il a cessé l'usage de ce médicament. Il sem- qu'il s'établisse au niveau de son lupus tuberculeux des ines qui empoisonnent l'organisme et provoquent les ptions des extrémités. L'absorption de l'iodoforme sem- combattre l'intoxication générale de l'organisme, d'où parition des éruptions des mains.

Depuis lors, un second malade analogue au premier tant offert à mon observation, j'ai tenté sur lui la même périence et ai obtenu le même résultat.

Dermatite scarlatiniforme généralisée récidivante. — M. Meneault (interne de M. le professeur Gailleton) montre à la Société d'énormes lambeaux de peau (et entre autres ceux produits par la desquamation en bloc de la plante des pieds), venant d'un homme vigoureux qui tous les ans, au printemps, est atteint de ce qu'il appelle « sa miliaire ». C'est une affection dans laquelle le malade, avec un état général assez sérieux, présente toutes les apparences de la scarlatine. Il se fait un soulèvement en bloc de tout l'épiderme, et la desquamation persiste pendant une quinzaine de jours environ, les ongles eux-mêmes tombent; mais jamais les cheveux, lesquels sont d'ailleurs très abondants. L'examen des urines est toujours resté négatif et jamais l'enquête à laquelle on s'est livré pour rechercher l'étiologie de cette affection n'a rien révélé qui permît de la rapporter à une intoxication.

Pleurésie syphilitique. — M. Brousse, de Montpellier. Actuellement on sait par des faits nombreux qu'il peut se produire dans le cours de la période secondaire et plus particulièrement au début une pleurésie provoquée par l'infection syphilitique. M. Chantemesse l'avait appelée pleurésie du stade roséolique, je propose de lui donner le nom plus compréhensif de pleurésie syphilitique de la période secondaire. Elle n'a pas par elle-même de caractère tranché et se reconnaîtra habituellement à son apparition au cours d'une éruption exanthématique, à son début souvent latent, sans frisson, à l'absence ou au peu d'intensité de la fièvre, à son évolution par poussées successives, mais surtout à l'efficacité du traitement spécifique. Le traitement mixte est plus efficace que l'emploi exclusif du mercure ou de l'iodure.

La lèpre vraie en Kabylie. — M. Gémy, d'Alger. La lèpre vraie n'a pas encore été nettement, scientifiquement constatée parmi les indigènes de nos possessions du nord de l'Afrique.

Le professeur Leloir, dans la carte qu'il a dressée à propos de la distribution géographique de la lèpre, carte qui accompagne son traité sur ce sujet, laisse l'Algérie en blanc, les teintes roses indiquant les foyers lépreux.

L'auteur relate la longue observation d'un Kabyle atteint de *lèpre systématisée nerveuse*, diagnostiquée telle par le professeur Leloir lui-même.

Cette constatation est d'autant plus importante, d'après l'auteur, qu'elle permet de soupçonner l'existence de la forme tuberculeuse chez ces mêmes indigènes, forme tuberculeuse qui a été, sans doute, souvent confondue, probablement par l'auteur lui-même, avec les manifestations tuberculeuses de la syphilis.

C'est à rechercher cette autre forme de la lèpre, certainement la plus fréquente, que l'auteur se propose de consacrer ses études ultérieures en collaboration avec le Dr Raynaud, médecin à l'hôpital civil d'Alger.

Malformation des maxillaires dans la syphilis héréditaire. — M. Jullien. Dans 9 cas de syphilis héréditaire prouvée par des lésions graves de la peau ou du squelette, et 1 cas seulement probable, j'ai observé un vice de conformation aboutissant au défaut de concordance des deux maxillaires.

Il consiste en ceci : l'arcade dentaire supérieure déborde l'arcade inférieure comme chez certains chiens Saint-Bernard, à l'inverse de ce qui se passe chez le bouledogue : 1° dans toute son étendue, comme je l'ai vu dans un cas où les deux rebords formaient très exactement

deux lignes concentriques; 2° dans une partie seulement de son étendue, au niveau des incisives (8 cas). Une seule fois j'ai vu les incisives inférieures dépasser en avant la supérieure.

Rapport sur la réglementation de la prostitution. — M. Dron. La nécessité de la réglementation de la prostitution ne fait aucun doute. La société doit se défendre contre les affections vénériennes, comme elle le fait à l'égard des autres maladies contagieuses.

La syphilis surtout doit être l'objet de mesures préventives rigoureuses. Pour en réprimer les ravages, on a imposé aux femmes se livrant à la prostitution des visites hebdomadaires et même bi-hebdomadaires. On les envoie à l'hôpital pour le moindre symptôme syphilitique. Ces mesures, quoique bien appliquées, ne donnent pas des garanties absolues. Nous avons tous vu des malades contaminés par des femmes soumises à ces visites. L'attention des médecins chargés de ce service ne met pas à l'abri de ces accidents. Entre deux visites, même rapprochées, des lésions syphilitiques peuvent apparaître quand la femme est dans la période secondaire de la syphilis. Est-ce avec une assurance complète que l'on remet en circulation une prostituée chez laquelle on vient d'effacer des plaques muqueuses à la bouche ou ailleurs? Les garder à l'hôpital après leur guérison apparente pendant un temps suffisant pour s'assurer qu'elle est définitive, cela ne se peut pas; des considérations budgétaires s'y opposent, l'hôpital serait bientôt insuffisant pour le nombre de ses pensionnaires; celles-ci réclameraient contre une claustration injustifiée à leurs yeux. On est obligé de les renvoyer de l'hôpital quoique suspectes. Actuellement toutes les mesures prises pour combattre la contagion par la prostituée syphilitique consistent à lui interdire l'exercice de sa profession lorsqu'on lui découvre un accident contagieux. Mais elle peut le posséder depuis seulement deux ou trois jours et l'avoir communiqué déjà la veille ou le jour de la visite.

Je propose en conséquence d'interdire la prostitution autorisée à toute syphilitique pendant tout le temps où elle peut présenter des accidents contagieux. Dans ce but, je porterais cette interdiction à trois années à partir du chancre primitif ou de la première apparition des accidents secondaires si le chancre a passé inaperçu. Ce terme me paraît suffisant pour écarter le danger d'infection.

Si, en effet, des accidents syphilitiques surviennent au-delà, ils sont d'ordre tertiaire et non contagieux; et, du reste, quand ces lésions se manifestent, elles sont si repoussantes, que la malade doit renoncer à la prostitution.

Pour obtenir l'application de cette mesure, on n'aurait qu'à exiger que toute fille inscrite à la police pour exercer la prostitution soit munie d'un livret portant les maladies dont elle a été atteinte. Le diagnostic ne serait inscrit que d'après le bulletin de l'hôpital où elle a été traitée. Le médecin visiteur du service sanitaire ne peut pas toujours, en effet, se prononcer sur la nature d'un accident soumis à son observation temporaire. Il suffit que ce dernier soit suspect pour faire envoyer la femme à l'hôpital où une observation prolongée permet un diagnostic ferme.

Les maisons publiques seront tenues à ne pas admettre les femmes syphilitiques pendant le temps précité. On refusera la carte pendant ce temps aux prostituées syphilitiques. Le nombre des maisons ainsi assainies augmentera, ce qui est une garantie pour la santé publique. Les femmes syphilitiques, sachant que ce n'est qu'une interdiction *temporaire*, supporteront patiemment leur séjour dans les hôpitaux, se traiteront avec plus de soin. On pourrait propose de rayer des cadres de la prostitution toute femme syphilitique. Je ne crois pas qu'il faille aller jusque-là, la syphilis étant une maladie transitoire. Les femmes guéries pourront donc se livrer à la prostitution (puisque celle-ci est un mal nécessaire) au terme assigné, sans faire courir le danger à leur clientèle. Elles seront même précieuses sous ce rapport, car, si le dogme de l'immunité contre une seconde infection par une première n'a pas perdu sa valeur, ne pouvant prendre la syphilis à nouveau, elles ne pourront pas la donner.

M. Barthélemy communique les résultats généraux d'une statistique faite d'après les observations prises à l'infirmerie spéciale de Saint-Lazare et en tire les conclusions suivantes : Qui dit liberté de la prostitution dit liberté de la contagion. Aussi serait-ce une erreur de croire qu'on peut combattre la seconde en respectant la première. On devra donc chercher à supprimer les dangers que présente la prostitution au point de vue de l'hygiène publique, ce qui n'est assurément pas une tâche irréalisable. Si, en effet, on assainit les grands centres où elle se développe, on assainira par cela même la société. Cette œuvre d'assainissement pourra être obtenue par un contrôle préventif. Dans notre organisation actuelle, il est vrai, les syphilitiques échappent à ce contrôle, à la surveillance qu'on cherche à leur imposer. Pour remédier à cet inconvénient, il faut créer des dispensaires où les femmes soient traitées comme des malades et non comme des prisonnières (ainsi que cela a lieu encore aujourd'hui dans les services spéciaux), où elles soient, en un mot, l'objet d'une sollicitude qui autorise la société à leur imposer les soins nécessaires à leur guérison.

Traumaticine au calomel dans le traitement de la syphilis. — M. Jullien. Ce mode d'application du calomel a été indiqué par Peroni en 1881, et étudié dans la thèse récente de Cachard, basée sur les observations recueillies dans mon service.

La traumaticine additionnée de 25 p. 100 de calomel est étendue au pinceau sur une surface plus ou moins étendue de la peau, et les effets d'absorption ne se font pas attendre (mercure dans les urines, et gingivite dans certains cas).

Ce procédé convient aux sujets porteurs de lésions cutanées sur lesquelles il agit aussi comme topique et à ceux dont l'estomac intolérant demande à être ménagé.

Dans mon service, je fais répéter les badigeonnages sur le dos trois fois par semaine.

Bactériologie clinique de la lèvre supérieure à l'état physiologique et dans l'eczéma pilaire. — MM. Perrin et Blaniau, de Marseille. Il existe sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires normaux de l'homme des micro-organismes en certain nombre, le staphylocoque blanc est l'hôte habituel et parfois exclusif de ces régions, mais le plus souvent aussi il est accompagné du staphylocoque jaune. Ces micro-organismes sont capables de se cultiver rapidement sur les milieux artificiels et ces cultures inoculées dans la cornée du lapin ne produisent pas de lésions.

Dans l'eczéma récidivant de la lèvre supérieure, toutes les cultures ont été positives : colonies blanches accompagnées de rares colonies jaunes, celles-ci inoculées on

iné un petit abcès lenticulaire dans la cornée pour les superficiels ; au contraire, quand il y a des pustules, tures de staphylocoques jaunes dont l'inoculation pro- t un abcès grave suivi d'ulcère et de taies.

on peut dire d'une façon générale que, si on compare cultures obtenues sur des lèvres saines et celles obte- es dans l'eczéma sous-narinaire, ces dernières se rap- chent des premières chez les eczémateux atteints su- ficiellement ou qui sont dans un état de quasi-guérison. s cultures provenant des eczémateux sont plus abon- ntes et plus fertiles quand les lésions de la lèvre sont s accentuées ; la virulence est plus marquée, puisque inoculations faites avec des cultures provenant de su- s sains ont toutes été négatives, tandis qu'un certain mbre ont été positives avec des cultures provenant czémateux. Ces inoculations avaient été faites avec des onies jaunes. On ne peut cependant conclure que le phylocoque jaune joue un rôle important dans la pro- ction de l'eczéma de la lèvre supérieure ; on sait, en et, que les germes de staphylocoques dorés se ren- ntrent aussi sur des lèvres normales.

Tout ce que l'on peut dire, c'est qu'il existe à l'état nor- il sur la lèvre supérieure et dans les orifices narinaires l'homme adulte des micro-organismes en certain nombre rmi lesquels le staphylocoque blanc soit seul, soit le plus uvent accompagné du staphylocoque jaune ; on les re- uve à un degré plus virulent dans l'eczéma pilaire. Ces rasites paraissent donc être primitifs ; deviennent-ils pa- ogènes en évoluant sur un bon terrain de culture et les alades atteints d'eczéma récidivant de la lèvre supérieure ésentent-ils ce terrain favorable ? On sait que ces malades t un état constitutionnel particulier, qu'ils répondent us ou moins au type de l'arthritique de Bazin, atteints équemment du coryzas. Sous l'influence de ces écou- ments du nez ou de toute autre cause d'irritation exté- eure, les micro-organismes existant sur la lèvre supé- eure à l'état normal peuvent proliférer dans l'épiderme et s annexes et produire les lésions que l'on constate dans eczéma pilaire.

M. Augagneur communique une étude sur les adénopa- ies suppurées causes d'éruptions cutanées.

M. Cordier lit un travail sur la syphilis sans chancre.

Dr Barbe.

CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

ET DES PAYS DE LANGUE FRANÇAISE, EN 1894

C'était la première fois que les neurologistes se réunis- aient aux aliénistes en un congrès annuel. Cette année le ongrès a eu lieu à Clermont-Ferrand sous la présidence ffective de M. le professeur Pierret (de Lyon).

Après le discours d'ouverture obligatoire, M. le président ppelle à la tribune M. le Dr Ballet pour traiter la question es *Rapports de l'hystérie et de la folie*.

M. Ballet n'étant pas encore arrivé, M. Pierret donne la arole à M. le Dr Verrier, de Paris, qui entretient le Congrès les avantages du traitement hydrothérapique dans les ma- adies nerveuses. Il passe en revue toutes les médications mployées, et, à part l'électrothérapie qui a ses indications, il conclut avec MM. Bourneville et Guérard que l'hydro- thérapie scientifique mérite d'être plus employée en rai- son des résultats qu'elle a donnés jusqu'ici. De même l'hydrothérapie à l'eau minérale, qui se rapproche, par ses propriétés excitantes de l'hydrothérapie marine, trouve son application dans quelques névropathies asténiques qu'il ap- partient aux médecins de déterminer.

M. Ballet étant entré à ce moment dans la salle des séances, M. le président l'appelle à la tribune où il résume son travail qui a été distribué, un peu tardivement, à tous les congressistes.

Dans une brillante dissertation, l'éminent agrégé, méde- cin de Saint-Antoine, expose ainsi les points principaux que, d'après lui, il s'agirait de résoudre :

1° Définition psychologique de l'hystérie (rôle du rétré- cissement de la conscience dans la genèse des phénomènes hystériques) ; 2° relations cliniques et psychologiques entre l'hystérie et la dégénérescence mentale ; 3° le caractère et les perversions instinctives des hystériques ; leur crimina- lité ; 4° les délires hystériques envisagés comme manifes- tations ou équivalents des attaques ; 5° les idées fixes et les idées subconscientes ; leur rôle dans la pathogénie de cer- tains délires ; 6° y a-t-il une manie hystérique ? Caractères cliniques, formes diverses ; relations avec les attaques et les idées subconscientes ; 7° la mélancolie, lorsqu'elle se déve- loppe chez les hystériques, affecte-t-elle des caractères spéciaux ? 8° y a-t-il une confusion mentale hystérique ? Ses caractères, sa durée possible ; 9° les délires associés. Préciser leur importance et leur fréquence. Les distinguer des délires hystériques. Y a-t-il des caractères fixes symp- tomatiques ou psychologiques permettant dans tous les cas de faire cette distinction ?

En définitive l'orateur tend à la réabilitation des hysté- riques, il montre qu'aucun des caractères donnés jusqu'ici comme pathognomoniques ne permet encore de différen- cier la folie hystérique des psychoses nées sur ce terrain particulier, sauf les cas de dégénérescence avérée.

M. le Professeur Joffroy croit, au contraire, que l'hystérie n'est qu'une modalité de la dégénérescence. Les deux syn- dromes cliniques, dit-il, ont la même origine héréditaire et sont reliés par une même altération de la personnalité.

M. le Dr Charpentier ramène la discussion sur le terrain clinique, il s'élève contre l'intrusion de la psychologie et repousse les expressions de champ de conscience, subcon- science, etc.

M. le Professeur Pitres, de Bordeaux, vivement sollicité à prendre part au débat, se contente de rapporter une obser- vation d'hystérique à attaques, chez laquelle il a réussi à modifier l'état mental par le rêve.

Enfin M. Falret s'attache à montrer que le terme de dé- générescence est trop étendu, car beaucoup d'hystériques conservent leur conscience et elles sont susceptibles de ruses et de mensonges dont un sujet réellement dégénéré serait incapable.

La séance du lendemain a donné lieu, à propos du pro- cès-verbal, à un retour sur la question de la veille.

M. Mendellsohn, de Moscou, prend la défense de la psycho- logie battue en brèche par M. Charpentier. Il développe la théorie d'après laquelle la folie hystérique pourrait être considérée comme un résultat des accidents convulsifs pri- mitifs.

M. Brissaud ne croit pas à la dégénérescence latente. Il

cite à l'appui de son opinion des cas d'hystéro-traumatisme ans prédispositi on.

M. Verrier dit, qu'en effet, il a vu à la clinique du regretté professeur Charcot deux cas d'hystéro-traumatisme chez l'homme où il ne pouvait être question de dégénérescence. d'ailleurs, ajoute-t-il, chez la femme même, l'hystérie religieuse n'entraîne pas la dégénérescence. Ces hystériques ne sont pas érotomanes. Sainte Thérèse, si exagérée dans son *Cantiques des Cantiques*, était d'une vertu irréprochable. Il connaît des femmes mariées hystériques qui vont jusqu'à refuser le coït à leurs maris les jours fériés.

Enfin il cite les cas de folie transitoire des femmes en travail qui se dissipe une fois l'accouchement terminé. De même que certains cas de manie puerpérale, cités par Marcé, qui se dissipent dès le retour de la femme à l'état physiologique. Ces malades ne sont pas des dégénérées. Les seules folies puerpérales persistantes pourraient être considérées comme des cas de dégénérescence.

M. Pierret résume la discussion en dégageant la caractéristique du délire hystérique qui n'est, d'après lui, que la continuation de l'attaque par une accentuation de la force nerveuse. Aussi, dit-il, en guérissant ces malades de leur délire, les voit-on aussitôt après reprendre les stigmates caractéristiques de la maladie principale.

L'ordre du jour appelle la discussion de la 2e question des *Névrites périphériques*.

En l'absence de M. le professeur agrégé Pierre Marie, absent pour cause de maladie, son collègue M. Babinski veut bien, sinon suivre le rapport de M. Marie, du moins s'efforcer d'exposer l'état de la question et de solliciter ainsi la discussion.

« Un certain nombre de doctrines opposées partagent actuellement les médecins sur la nature des névrites périphériques. Pour les uns, Leyden, Dejerine, Pitres et Vuillard, etc., les polynévrites seraient dues à l'altération directe produite par l'agent morbide sur les fins ramuscules nerveux, l'expression « névrite périphérique » exprimerait donc d'une façon tout à fait exacte le procédé par lequel se font les lésions dans cette affection. Pour quelques-uns (Joffroy et Achard), les névrites périphériques ou tout au moins celles d'entre elles qui se voient au cours d'une affection des centres nerveux (tabes, sclérose latérale amyotrophique) ne seraient qu'une lésion surajoutée, secondaire, due indirectement à l'altération des centres nerveux par suite du trouble diffus de la nutrition qui est la conséquence de cette altération. Pour d'autres auteurs (Leyden, Strumpel, Vierardt, F. Raymond, Minkovski, etc.), l'agent morbide agirait bien d'une façon directe sur les nerfs périphériques, mais il pourrait en outre provoquer en même temps d'une façon également directe l'altération d'autres organes tels que la moelle et les muscles.

« Enfin, d'après une autre doctrine (Erb,—Remak, Eisenlohr, Stieglitz, etc., pour la névrite saturnine, — Babinski), les altérations des nerfs périphériques seraient sous la dépendance des lésions qu'a provoquées dans les centres nerveux l'agent morbide. »

D'après M. Babinski, pour définir la *névrite périphérique* il faudrait pouvoir : 1° reconstituer la physionomie clinique de la lésion d'après son anatomie pathologique ; 2° réciproquement, d'après l'aspect clinique, on devrait pouvoir déterminer les lésions histologiques. Enfin il faudrait pour voir diagnostiquer nettement les manifestations cliniques relevant de ces lésions de celles relevant de lésions des centres nerveux. Or si l'on prend, par exemple, les névrite toxiques, alcoolique et saturnine, l'histologiste ne saurai les différencier anatomiquement. Dans d'autres cas de n vrites supposées d'après les phénomènes cliniques, l'exame histologique n'a rien donné. Inversement, on a pu découvrir des névrites certaines, alors qu'aucun symptôme clini que ne les avait révélées sur le vivant. L'expression de né vrite périphérique ne saurait impliquer que les lésions de nerfs sont primitives et que les centres soient indemne On la peut employer pour exprimer que la lésion prédo mine à la périphérie, mais elle ne saurait être considéré comme le *substratum* unique des symptômes cliniques do elle n'est que la lésion anatomique dominante.

M. Renaut considère que l'on devrait s'attacher à limite l'expression de névrite périphérique aux cas de névrite interstitielles ou parenchymateuses, à l'exclusion des pér névrites.

M. Pitres résume le débat et propose de grouper en troi grandes classes les névrites : 1° par cause purement lo cale ; 2° par cause générale toxique ou infectieuse ; 3° pa cause centrale (névrite centrifuge).

Dans la séance du mardi soir, on s'est occupé de l 3e question l'*Assistance des alcooliques*. M. Ladame (d Genève), dans un volumineux rapport très circonstancié, conclu à la fondation d'hospices spéciaux pour le placement des ivrognes incurables qui sont, par leur dissipation leur immoralité et leur violence, un danger permanen pour leur famille et pour la société.

MM. Vallon, Legrain, Charpentier et Deny prennent par à la discussion.

M. Joffroy voudrait qu'outre les alcooliques purs on admît aussi dans ces hospices des dégénérés intoxiqués par l'alcool, ce qui est, d'après ce maître, le cas le plus fréquent.

Enfin M. Deschamps, conseiller général de la Seine, demande au Congrès un programme pour l'édification de l'asile projeté dont il a fait voter le principe et le budget d'établissement à Ville-Evrard.

M. Bourneville, tout en admettant les conclusions de M. Ladame, dit qu'il ne faut pas confondre l'hospice des alcooliques, dont la création est proposée, avec un asile d'aliénés et que pour cela il ne suffit pas de séparer les services, mais qu'il serait désirable que les deux établissements soient complètement isolés. D'ailleurs la loi ne donne pas le droit d'interner les ivrognes ; ce sont des malades mais qui ne rentrent pas dans les formes classiques de l'aliénation mentale. Il faudrait donc, avant de créer un asile ou hospice spécial pour eux, obtenir une loi qui permette de les interner, de les médicamenter et de les maintenir malgré eux et leurs familles à l'asile un temps suffisant pour leur guérison.

M. le Professeur Joffroy saisit le Congrès de la question de *Sophistication des alcools* et demande pour y remédier la monopolisation des alcools par l'Etat.

M. Giraud, à propos des sociétés de tempérance qui n'ont pas donné en France les résultats que l'on était en droit d'en attendre, dit qu'à l'étranger, ces sociétés ont un caractère confessionnel qui en explique le succès, dans les pays où le scepticisme n'a pas encore pénétré. Pour la France, il se rallie donc à la proposition de M. Joffroy.

Le Congrès, après avoir encore entendu plusieurs orateurs, vote les vœux suivants :

« Il y a lieu de fixer les conditions légales de l'interne-

it spécial des buveurs d'habitude, alcooliques dangereux r l'ordre social. Un asile spécial doit répondre à l'assis- ce et au traitement de cette catégorie particulière. Enfin, s l'érection de cet établissement nouveau, il faut que commissions et conseils élus veillent à ce que l'admi- ration consulte les médecins aliénistes sur les condi- ns pratiques d'application de ce mode nouveau d'assis- ce et sur l'organisation intérieure la mieux appropriée but. »

e mercredi matin, visite à l'asile Sainte-Marie sous la con- te de M. le Dr Hospital, médecin en chef, secrétaire gé- al du Congrès et déjeuner consécutif à l'asile.

l'après-midi, continuation des travaux du Congrès, on rend la discussion sur les névrites périphériques, à pos du procès-verbal.

I. Babinski parle des relations entre les névrites péri- ériques et l'ataxie locomotrice. Il est important de savoir es lésions périphériques sont dues à des lésions préexis- ites centrales et inversement. M. Babinski traite surtout s névrites de cause externe.

M. le Dr Régis parle des rapports de la polynévrite avec troubles mentaux des alcooliques ; dans ces cas on serve une amnésie brusque, en masse, elle porte sur les s récents, c'est de l'obtusion mentale.

M. Korsakoff en fait une cause directe de la polynévrite, utres ne voient là qu'une coexistence ; il rappelle le cas porté par M. Séglas sur une psychose post névrite péri- érique et des cas observés par lui-même qui sont dus à o auto-intoxication.

Le président descend à la tribune et il est remplacé par le Dr Ritti, vice président.

M. le Pr Pierret prend alors la parole ; il traite des rela- ns entre les névrites et l'aliénation mentale.

M. Régis propose que Bordeaux soit choisi pour siège du ochain Congrès de médecine mentale et de neurologie.

Le lendemain jeudi, l'excursion projetée au Puy-de-Dôme été favorisée par un beau temps et le soir un magnifique nquet, offert par les congressistes, a été servi dans les lons de l'hôtel de l'Europe.

Au dessert, M. le Président Pierret a ouvert la série des sts et des discours. Parlant au nom du Congrès des decins aliénistes, missionnaires médicaux qui, tous les s, s'en vont de ville en ville prêcher en faveur des énés, il a remercié M. le préfet du Puy-de-Dôme, repré- ntant du gouvernement français en Auvergne, et M. le aire de Clermont, qui par le suffrage des élus représente Auvergne, de leur excellent accueil envers les con- essistes. « Puisse, a-t-il dit en terminant, les corps dont us êtes les représentants, conserver le souvenir du ngrès de 1894. »

M. le Préfet du Puy-de-Dome a porté un toast à Casimir-Périer, Président de la République et aux chefs État des médecins étrangers qui ont apporté leurs con- urs au Congrès. « Je leur souhaite, a-t-il dit, bonheur et sospérité ; qu'ils ignorent les défaites et, s'ils font la lutte c ce ne soit qu'en faveur des progrès moraux et maté- els. »

M. Lecuellé, maire, a remercié les congressistes de leur site à Clermont et a levé son verre à la santé de ses tes étrangers, aux savants.

Le vendredi, les congressistes se sont réunis pour la rnière fois.

Cette longue séance de clôture a été extraordinairement brillante. Pour les démonstrations, l'hémicycle avait été occupé par une quantité de pièces anatomiques, de planches, de photographies, un microscope était à la disposition des micrographes ; un sujet vivant a même été présenté aux savants ; plusieurs tableaux noirs se couvraient successivement de dessins polychromes, exécutés par les conférenciers, et fort habilement.

Dix-sept orateurs ont pris la parole sur les cas les plus variés et les plus intéressants ; le défaut de place ne nous permet malheureusement que de citer le titre des communications les plus importantes :

Des microcéphales, par le Dr Bourneville.

Anatomie microscopique de la moelle dans l'ataxie locomotrice, par M. le professeur Joffroy.

Des lois psycho-physiques en pathologie nerveuse, par le Dr Mendellsohn.

De la dégénérescence mentale, par M. le Dr Vallon.

De la syringomyélie, par M. le professeur Brissaud.

Étude anatomique du cylindre-axe, par le Dr Klippel.

De l'audition colorée, par le Dr A. Marie.

Altérations de la face, chez les myopathiques, par le Dr Meige.

De l'hémiopsie, par le Dr Camy.

La folie de Charles VI, par M. Auguste Brachet.

Altération des réflexes vaso-moteurs dans l'hystérie, le somnambulisme et maladies similaires, par MM. Hallion et Comte, etc., etc.

M. le Président Pierret a déclaré le Congrès terminé, et les congressisies, après avoir remercié le Dr Hospital, se sont donné rendez-vous à Bordeaux en 1895.

Le président du futur Congrès sera M. le professeur Joffroy et le secrétaire général M. Régis, de Bordeaux.

Parmi les trois questions proposées pour le Congrès de 1895, il en est une particulièrement intéressante, qui est échue à M. le professeur agrégé Brissaud : *Du goitre exophthalmique*. Nous souhaitons à notre savant confrère un heureux succès. D'ailleurs, sa communication histologique à propos du myxœdème, dans la dernière séance du Congrès, nous prouve le choix judicieux de M. Brissaud pour le rapport sur le goitre exophthalmique.

Vendredi soir, réception brillante en l'honneur des congressistes, au Casino municipal de Royat.

Après le spectacle, les membres du Congrès et un essaim de jolies femmes se sont rendus dans la magnifique salle à manger de l'hôtel Servant, où un lunch exquis était servi et où le champagne coulait à flots.

M. le Dr Laussedat, au nom des médecins de Royat, a porté un toast chaleureux aux congressistes. Après avoir regretté que leurs occupations n'aient pas permis aux médecins de Royat de prendre part aux travaux du Congrès, il a exprimé l'espoir de revoir à bref délai les hôtes distingués que l'Auvergne a été heureuse de recevoir.

Après un toast de remerciements de M. le Dr Falret, M. Bousquet, directeur de l'École de médecine de Clermont, a bu une fois encore aux congressistes. « Les médecins clermontois, a-t-il dit, ont été heureux de donner avant leur départ une nouvelle marque de sympathie à leurs hôtes. Si, un jour, un de ces vaillants combattants pour la science succombait dans la lutte, si ses forces le trahissaient, il serait sûr de trouver en Auvergne des eaux exquises, un air pur et surtout de vraies et solides amitiés. »

M. le Pr Joffroy a clos la série des toasts en buvant aux Auvergnats et on s'est séparé après avoir vidé une dernière coupe de champagne en l'honneur des médecins aliénistes et neurologistes de France.

Le samedi, une visite à l'asile de la Cellette et un dernier banquet a clos la série des travaux et des fêtes du Congrès qui avait occupé la semaine entière.

Dr E. Verrier.

VIIIe CONGRÈS INTERNATIONAL D'OPHTHALMOLOGIE

Réuni à Edimbourg du 7 au 11 août 1894.

Suite (1)

Démonstrations microscopiques. — 1° M. Dimmer (de Vienne): *Sur la retinite albuminurique.* — 2° M. Dorthen (de Drontheim) : *Maladies lépreuses de l'œil.* — 3° M. Juler (de Londres) : *Contribution à l'anatomie et à la physiologie de l'iris (démonstration du dilatateur de la pupille).*

Processus histologique de la guérison des plaies perforantes de la sclérotique — M. Franke (de Hambourg). On a fait jusqu'ici peu de travaux sur le processus de la guérison des plaies pénétrantes de la sclérotique. J'ai entrepris à ce sujet une série d'études histologiques qui ont été facilitées par cette circonstance, que les fibres longitudinales, transverses et obliques de la sclérotique, peuvent toutes être étudiées sur une seule et même coupe.

La couche interne de la sclérotique contenant fort peu de vaisseaux, la cicatrisation des plaies sclérales se fait surtout aux dépens du tissu épiscléral et de la choroïde, tandis que la sclérotique proprement dite n'y contribue que pour une faible part. Les cellules de nouvelle formation provenant de la choroïde pénètrent dans la perte de substance et s'y transforment en tissu cicatriciel. Dès le deuxième jour, on peut déjà constater la formation de granulations.

Kyste orbitaire et microphtalmie. — M. de Lapersonne (de Lille) présente les préparations microscopiques d'un kyste orbitaire avec microphthalmie, dans lequel la paroi était formée par la rétine bien développée, mais complètement retournée. L'importance de ce cas tient à ce que les coupes ont peu porté sur la totalité des tissus de l'orbite. Il s'agit bien d'un kyste par défaut d'occlusion de la fente oculaire : ces lésions paraissent s'être produites au moment de la formation de la vésicule oculaire secondaire. Le feuillet externe a peu proliféré pendant que le feuillet distal repoussé en bas et en avant formait la paroi du kyste et de nombreuses circonvolutions rétiniennes au milieu desquelles se trouve le cristallin.

Altérations des cellules du centre visuel produites par l'exposition de l'œil à la lumière. — M. Mann (d'Edimbourg). Vas a montré que les noyaux des cellules du grand sympathique s'élargissaient lorsqu'ils étaient excités pendant quinze minutes, mais Hodge a trouvé ces noyaux ratatinés après une excitation prolongée. Voici de nombreuses coupes montrant que dans tous les cas les noyaux commencent par s'élargir et que les cellules et leurs noyaux perdent en partie leur coloration ; cela se voit très clairement dans les cellules ordinaires des nerfs du système sympathique.

L'excitation de ces cellules pendant une durée de quinze minutes à cinq heures amène un grossissement de la cellule comme le montre la diminution des canaux lymphatiques, la perte de la coloration et l'élargissement notable des noyaux.

Une nouvelle excitation prolongée pendant neuf heures amène le ratatinement des noyaux. On obtient les mêmes résultats avec les cellules motrices du cerveau et de la moelle. Dans les cellules nerveuses en connexion avec l'appareil optique, cela se montre également, spécialement dans les cellules ganglionnaires des bâtonnets de la rétine, dans les cellules des corps genouillés externes, dans celles des tubercules quadrijumeaux antérieurs et dans les cellules de Ramon-y-Cajal, entre les couches moléculaires et pyramidales de la face inférieure du lobe occipital chez les lapins.

Dans tous ces cas, l'excitation de la rétine par la lumière produit des altérations des cellules quand on les compare aux cellules du côté où l'œil n'a pas été exposé à la lumière.

M. Darier. Permettez-moi de vous présenter quelques objets pratiques : 1° Mes collyres aseptiques que j'ai déjà montrés à la Société d'ophthalmologie de Paris.

2° Un pansement oculaire aseptique ;

3° Un shiascope très pratique parfaitement construit d'un prix modéré.

De la chorio-rétinite. — Ch. Abadie (de Paris). La chorio-rétinite est une maladie oculaire fréquente et grave qui depuis l'adolescence jusqu'à l'âge mûr est une cause fréquente de cécité.

Elle est souvent méconnue parce que, localisée dans les parties profondes de l'œil et ne provoquant aucune inflammation apparente, elle échappe complètement à tout médecin peu familiarisé avec le maniement de l'ophthalmoscope. On a voulu établir des variétés et des types différents d'après l'aspect, le nombre, l'étendue des foyers visibles à l'ophthalmoscope. Ces distinctions ne sont pourtant pas en réalité très importantes, car ni la gravité ni la nature de la maladie, ni sa marche, ni sa terminaison ne peuvent être déduites de l'examen ophthalmoscopique.

Quelquefois, en effet, le fond de l'œil présente dans tout son étendue de nombreux foyers s'enchevêtrant les uns dans les antres et le trouble fonctionnel est presque nul, la vision presque intacte,

D'autres fois, au contraire, l'image du fond de l'œil est à peine altérée et la vision est pourtant très compromise et le pronostic grave.

Cette disproportion souvent très marquée entre la lésion apparente du fond de l'œil et la gravité des troubles fonctionnels constitue une particularité caractéristique de la chorio-rétinite qui pourtant jusqu'ici n'a pas fixé suffisamment l'attention des observateurs.

La gravité de la maladie dépend surtout de la part que prend l'extrémité intra-oculaire du nerf optique, la papille au processus morbide.

Ce processus peut aboutir à l'atrophie et il est d'un grand intérêt clinique de pouvoir différencier ces atrophies d'origine intra oculaire, choroïdienne, justiciables d'un traitement efficace, des atrophies ordinaires d'origine cérébrale ou médullaire, dont le pronostic est si désespérant.

(1) V. *France médicale*, nos 33 et 34, 1894.

ns l'atrophie d'origine choroïdienne, la coexistence de rs choroïdiens même discrets éclairera tout d'abord le nostic. L'examen attentif des troubles fonctionnels nira encore d'autres éléments fort importants. La per- ion des couleurs, y compris le vert, est toujours bien ervée dans l'atrophie d'origine intra oculaire localisée à apille. C'est là un signe capital, car il comporte toujours lui un pronostic favorable.

ans l'atrophie simple, en effet, extra oculaire, d'origine brale ou médullaire, l'abolition de la perception du est un symptôme de la première heure. Enfin, dans ophie simple, les limites du champ visuel diminuent portionnellement avec la déchéance de la vision centrale dis que dans l'atrophie de cause intra oculaire ces li- es restent jusqu'à la fin très étendues.

a chorio rétinite se rencontre fréquemment chez les ividus qui ont eu la syphilis, mais c'est toujours un ac- ent tardif, elle semble être parfois une manifestation de yphilis héréditaire tardive. Son origine infectieuse ne aît pas douteuse, mais malgré les recherches les plus entives on ne peut pas toujours découvrir le mode de nétration de l'agent infectieux dans l'organisme.

es injections sous-cutanées de sublimé, de peptonate de cyanure d'hydrargyre, sont le traitement de choix de chorio-rétinite. Ces injections sont infiniment préférables x frictions mercurielles et nombre de malades qui n'ont iré que peu ou point d'avantages de ces dernières gué- sent avec les injections. Dans les formes très chroniques très rebelles, je me suis bien trouvé d'associer aux in- tions générales les injections sous-conjonctivales de olimé à un pour mille (une à deux gouttes).

Je ne terminerai pas cette question du traitement sans élever avec force contre l'usage de l'iodure de potassium l'on prescrit à chaque instant et de façon si banale.

L'iodure de potassium, j'ai eu bien des fois l'occasion de constater, est manifestement nuisible. Administré seul, aggrave la maladie et assombrit singulièrement le pro- ostic. Donné en même temps que les mercuriaux, il con- ebalance leurs bons effets et le résultat final est alors nul non mauvais.

M. Deutschmann (de Hambourg). A mon avis, M. Abadie 'a pas fourni la preuve que, dans la forme d'atrophie op- que qu'il considère comme étant d'origine choroïdienne, ne s'agit pas d'une affection primitive du nerf. Quand on e trouve en présence d'un malade offrant des troubles onsidérables de la vision et chez lequel l'examen ophthal- noscopique donne un résultat négatif, il faut toujours pen- er à une affection de la tache jaune ou de la *fovea centra- is*. Je suis aussi partisan des injections sous-conjonctivales le sublimé dans les chorio-rétinites d'origine syphilitique, nais je ne rejette pas l'emploi des iodures qui sont sur- out précieux pour le traitement des formes non syphiliti- ques de l'affection. Dans ces formes, les préparations nercurielles et notamment les injections sous-conjonc- ivales de sublimé, ont échoué entre mes mains, tandis que l'usage prolongé de l'iodure de potassium m'a donné le très bons résultats.

M. Panas. Le contraste entre les lésions ophthalmoscopi- ques et les troubles fonctionnels est depuis longtemps con- nu et professé. Cela est aussi vrai pour la rétine que pour a papille optique.

Au sujet du traitement je partage l'avis de la supériorité du traitement mercuriel et des injections sous-cutanées en particulier, mais là où je diffère d'opinion c'est au sujet de l'inefficacité absolue et des désastres occasionnés par l'io- dure de potassium. Seul ou combiné avec l'hydrargyre sous forme de sirop de Gibert, il m'a rendu des services dans les cas de chorio-rétinite plastique, de celle myopique entre autres.

M. Abadie. Je répondrai à M. Deutschmann que je n'ai pas la prétention d'avoir découvert une maladie nouvelle, mais je crois que le point nouveau et original de ma com- munication c'est précisément d'établir que ces atrophies d'origine choroïdienne ont été souvent méconnues et n'ont aucun rapport avec les lésions choroïdiennes observées à l'ophthalmoscope. Je vois en effet souvent des malades chez lesquels on a diagnostiqué des atrophies simples et en les examinant avec soin on découvre à l'équateur un foyer cho- roïdien qui vient révéler la nature de la maladie. Je n'ai pas dit et je ne crois pas que ce soit le foyer choroïdien qui provoque l'atrophie, je crois que le processus qui frappe l'extrémité intraoculaire du nerf est le même que celui qui a provoqué la formation d'un foyer choroïdien. Mais c'est une simple hypothèse. Ce sera aux bactériologistes à élu- cider ce point là.

Quant à l'action de l'iodure de potassium, je la proclame nuisible parce que tous les malades qui en ont pris, soit seul, soit associé aux mercuriaux, ont guéri beaucoup plus lentement que tous les autres et quelquefois n'ont pu gué- rir du tout malgré les injections sous-cutanées mercurielles toujours efficaces dans les cas neufs c'est-à-dire n'ayant subi aucun traitement.

Enfin je dirai que dans les cas chroniques rebelles je joins aux injections sous-cutanés les injections sous-con- jonctivales de sublimé préconisées par M. Darier et que j'en ai souvent obtenu de très bons résultats.

Sur les altérations de la macula associées avec l'inflam- mation et l'œdème de la rétine. — M. Gunn (de Londres). Lorsque la rétine est œdémateuse, comme la macula est adhérente aux parties sous-jacentes, diverses lignes ou plis rayonnent en partant de ce point. Je regarde ce fait comme le résultat à la fois de l'inflammation et de l'œdème de la rétine. Ces plis persistent souvent après la disparition de l'œdème et de l'inflammation. J'ai observé cet aspect étoilé dans des cas de chorio-rétinite, d'anémie, de thrombose de l'artère centrale et dans d'autres conditions. Voici des fi- gures représentant l'aspect ophthaloscopique dans plu- sieurs de ces cas.

Amblyopie temporaire récurrente et aspect ophthalmosco- pique observé pendant l'amblyopie.— M. Benson (de Dublin). Voici l'observation d'un matelot dans les antécédents du- quel on trouve de la malaria et du rhumatisme aigu. Pen- dant ces quatre dernières années il eut des obscurcis- sements temporaires de la vision, quelquefois dans tout le champ visuel, quelquefois dans une seule section. Dernière- rement sa vision est devenue défectueuse dans l'intervalle des attaques; en dehors de cela il a une bonne santé. C'est un grand fumeur et à l'ophthalmoscope on ne distingue rien d'anormal qu'un aspect légèrement trouble de la papille et une légère dégénérescence de la macule gauche. Pen- dant une période d'amblyopie, toutefois, l'examen montra une anémie complète d'une partie de la rétine, cette partie étant d'ailleurs variable. L'amblyopie ne dura que de deux à cinq minutes. Généralement, lorsqu'elle était partielle,

c'était la partie inférieure du champ visuel qui était affectée. L'œil gauche était le plus généralement atteint. Dans un autre cas, la branche inféro-externe de l'artère centrale fut le siège de cette anémie ; cette artère était très rétrécie dans le voisinage de son origine. Dans ce cas il n'y eut aucun autre phénomène subjectif ; il n'y avait aucune altération du cœur ou des reins. Pour diverses raisons, je serais disposé à croire que le spasme des vaisseaux est la cause de ces crises de spasmes portant quelquefois sur toute les branches de l'artère centrale, quelquefois sur une seule. On ne peut invoquer d'autres causes, étant donnée la courte durée de ces crises.

M. Nieden (de Brochum). Dans les cas de spasme des artères occasionné par des affections du grand sympathique, on constate souvent avec le sphygmographe des modifications caractéristiques du tracé de l'artère temporale.

M. Thompson (d'Indianapolis). Devant la communication de M. Gunn sur les altérations de la macula dans l'œdème et dans d'autres circonstances, je me permets de rappeler que mes livres sont pleins de dessins du fond de l'œil pris depuis 1871 jusqu'à aujourd'hui. J'ai trouvé cet aspect remarquablement fréquent chez les jeunes femmes de 19 à 35 ans; il s'accompagne souvent d'affaiblissement brusque de la vision. En cherchant, j'ai trouvé que cela se produisait soit immédiatement avant, soit pendant la menstruation, souvent après que ces jeunes femmes s'étaient livrées à la danse ou à d'autres exercices semblables. La rétine donne l'apparence d'une congestion profonde et quelquefois d'une légère hémorrhagie en particulier dans le voisinage de la macula. Ces cas sont traités aussitôt que possible et dans quelques circonstances une amélioration se produit, mais des rechutes surviennent et dans la très grande majorité des cas il reste une atrophie permanente, des plaques ovales grises ou bleuâtres qui atteignent au moins un huitième de pouce. J'ai parfois rencontré ces altérations chez des jeunes hommes après un exercice violent ou chez des personnes qui avaient souffert de fièvres intermittentes pernicieuses, mais la proportion chez les jeunes femmes est d'au moins 90 0/0.

En ce qui concerne le cas particulier de M. Benson ceux d'entre vous qui ont souffert de la migraine dans ses formes les plus pénibles peuvent facilement concevoir combien on guérit facilement de cet état du cerveau qui donne lieu à des pareils symptômes subjectifs et qui peut également produire des altérations qui amènent un affaiblissement permanent de la vision.

M. Noyes. Les stries de la rétine. dans l'un des cas de M. Gunn. représentent une forme fréquemment observée par les observateurs attentifs et l'on trouve dans l'atlas de Liebrech un dessin qui lui ressemble quelque peu.

Quant à la cause de la cécité temporaire et récurrente rapportée par M. Benson. je puis dire que j'ai publié un cas dans lequel j'ai trouvé les artères complètement vides et le nerf extrêmement pâle.

Cet aspect disparut et la vue revint aussitôt que le malade eut éprouvé l'effet physiologique d'une inhalation de nitrite d'amyle. La circulation rétinienne redevint alors normale.

M. Gunn. Que le professeur Noyes n'ait pas lu mon travail ou qu'il en ait entièrement perdu le souvenir, je ne sais. Je suis tout à fait familier avec l'aspect ophthalmoscopique que j'ai décrit, mais j'ai désiré offrir une explication possible des lésions qui existent en pareil cas.

Sur l'hémorrhagie rétro-choroïdienne après les opérations sur l'œil. — M. Dufour. Ceux qui ont assisté à ce grave accident et qui, après une opération bien faite, ont eu la surprise de voir la plaie de plus en plus béante, le corps vitré s'écouler suivi bientôt d'une hémorrhagie de plusieurs jours, ceux-là n'oublieront jamais cette aventure.

L'accident assurément n'est pas fréquent. Alb. de Graefe, dans une riche et immense activité, ne le rencontre que deux fois, ce qu'il me dit en voyant mon premier cas dans le dernier voyage qu'il fit.

L'origine est rétro-choroïdienne et je ne puis définitivement l'établir, ayant vu survenir un accident après une iridectomie faite contre les douleurs dans un cas de glaucome absolu. Je proposai à l'instant l'énucléation, laquelle fut acceptée et exécutée séance tenante. L'examen du bulbe présente un large dégât hémorrhagique ayant poussé la rétine et la choroïde vers la plaie pendant le temps matériel nécessaire à la chloroformisation.

Quant au diagnostic, aucun examen local des yeux ni général des vaisseaux de cœur n'ont permis de conclure d'avance à la probabilité de l'hémorrhagie. Pour le traitement dans les premiers cas je recourus aux mesures hémostatiques possibles, le froid, la pression, la dérivation sans le moindre succès, et dans un cas à l'énucléation.

Enfin, il y a quatre ans je pratiquai, dès que j'eus à constater cet accident, une forte injection de morphine à la tempe, près de l'œil; le malade devint pâle, tomba dans l'état nauséeux et le flux de corps vitré s'arrêta. Plus tard on constata après la guérison le décollement de 1/3 de la rétine environ. Deux autres accidents semblables furent traités de la même façon et jugulés. Je recommanderai surtout de produire l'effet narcotique et nauséeux et pour y aider de préparer une solution de morphine mélangée à une substance susceptible de donner la nausée.

M. Ayres. Il y a quelques années, j'ai eu un cas qui se rapporte directement au même fait. Le malade, âgé de 65 ans, avait un glaucome confirmé et je fis une iridectomie ; l'opération fut très régulière et sans complications. Quatre heures après, le malade eut quelques douleurs dans l'œil et je fus appelé près de lui. Je vis qu'il s'était produit une violente hémorrhagie intra oculaire et que le corps vitré, tout entier, était sorti par la plaie; le globe était plein de sang, je pratiquai immédiatement l'énucléation.

M. Gruening. Je voudrais demander à M. Dufour l'âge de ses malades. Une fois seulement, dans ma vie, j'ai eu un cas semblable à ceux décrits par M. Dufour. C'était chez un homme d'environ 90 ans. Il avait eu une extraction pratiquée comme à l'habitude et sans aucun accident. Dans la nuit qui suivit l'opération, l'œil commença à saigner et le matin le corps vitré et la rétine furent trouvés sous le pansement. Tout récemment j'ai vu un cas analogue dans un des hôpitaux de Paris; ici encore le malade avait à peu près 80 ans.

M. Power. Il est surtout curieux que cette affection ne soit pas plus fréquente, si l'on considère l'abaissement subit de la tension intraoculaire. En règle générale il est probable que l'on a fait un examen imparfait de l'œil avant d'entreprendre l'opération. Dans les deux ou trois cas que j'ai observés les yeux n'étaient pas sains. Dans un cas il s'agissait d'un mineur presque aveugle, chez lequel une iridectomie fut faite dans l'espérance de lui donner quelque vision ; dans un autre cas, un cristallin cataracté fut enlevé, mais la tension intraoculaire était trop forte et il est probable

il s'agissait d'un cas de glaucome. Dans chaque cas, l'œil promptement enlevé.

M. Darier. J'ai été très intéressé par la communication de Dufour. L'idée de provoquer un état nauséeux pour arrêter l'hémorrhagie me semble très pratique. Je voudrais simplement dire que le meilleur moyen d'obtenir la nausée dans le temps le plus court est d'injecter une petite dose d'apomorphine. Le Dr Dufour pourrait peut-être l'essayer combinée avec la morphine.

M. Dufour. En réponse au Dr Gruening je dirai que mon premier cataracté avait de 70 à 80 ans; les deux glaucomateux avaient plus de 60 ans. Dans les derniers cas où l'hémorrhagie rétro-choroïdienne a pu être arrêtée, les malades avaient environ 70 ans. D'ailleurs, si nous parlons d'un accident arrivant après l'opération de la cataracte sénile, les malades seront probablement tous des vieillards, mais comme je ne m'en rappelle aucun qui eut plus de 80 ans, on ne peut dire que l'accident en question soit particulier à un âge très avancé. Au Dr Darier, je dirai que la solution d'apomorphine et de morphine réussirait très bien; si je ne l'ai pas employée jusqu'ici c'est pour cette raison que quand on est surpris par un pareil accident, on n'y est pas préparé; il est alors nécessaire de se servir des moyens qu'on a sous la main. Il serait bon d'avoir en réserve une solution d'apomorphine et de morphine.

Mécanisme de l'accommodation. — M. Tscherning (de Paris). Mes expériences m'ont montré que l'augmentation de réfraction de l'œil pendant l'accommodation diminue vers la périphérie. A une distance de l'axe de 2/5e, l'accommodation n'est que la moitié de l'accommodation centrale. Ce fait tient à ce que la surface antérieure du cristallin prend pendant l'accommodation une forme pointue. On peut obtenir ce changement sur des cristallins d'animaux en exerçant une traction sur la zonule. La structure du muscle ciliaire semble indiquer qu'il puisse exercer une telle traction.

M. Chibret. J'ai cherché dans l'observation clinique une vérification des idées de M. Tscherning sur l'accommodation. En examinant des sujets atteints de paralysie incomplète de l'accommodation et en les faisant fixer un objet plus rapproché de l'œil que le miroir j'ai pu constater, d'après le jour des ombres, que, dans certains cas, le centre seul du champ pupillaire devenait plus réfringent. Cette observation confirme la théorie de M. Tscherning.

Du traitement de la diphtérie oculaire par l'huile brute de pétrole; trois cas; guérison. — M. Vian (de Toulon). Je viens apporter au Congrès mes observations sur le traitement de la diphtérie oculaire par l'huile de pétrole brute.

Les trois cas que je rapporte offrent une variété au point de vue des symptômes et surtout de la gravité de l'affection.

Premier cas. — Le premier cas est une fillette nouvellement née, nommée T. B..., de Gonfaron (Var), atteinte d'ophtalmie des nouveau-nés binoculaire, bien caractérisée, qui se transforme au bout de quelques jours en conjonctivite pseudo-membraneuse. Malgré le traitement au jus de citron répété 4 fois par jour et la pommade à l'iodoforme, la cornée droite se nécrose et est détruite en quarante-huit heures, c'est alors que j'eus l'idée d'employer l'huile de pétrole brute comme parasiticide. Je commençai par faire tous les jours deux nettoyages des muqueuses et culs-de-sac palpébraux avec un pinceau imbibé d'huile de pétrole, les membranes se détachèrent très bien et les muqueuses restèrent très propres. J'augmentai le nombre de nettoyages et arrivai à en faire toutes les cinq heures. Au bout de vingt-cinq jours, l'affection était complètement terminée, et la cornée gauche, qui s'était un peu troublée, récupéra toute sa netteté au bout de quinze jours par un traitement à l'oxyde jaune de mercure.

Deuxième cas très grave. — Le deuxième cas est un jeune enfant de trois ans, nommé B..., habitant le quartier Siblon, près Toulon, et présentant une ophtalmie diphtéritique bien nette : tuméfaction dure des paupières, fausse membrane grisâtre, recouvrant complètement la muqueuse et les culs-de-sac. Après quarante-six jours de traitement à l'huile de pétrole, par des nettoyages au pinceau, que j'arrivai à faire toutes les deux heures, et lavages boriqués, les paupières étaient guéries. Les cornées, d'abord opaques, sont redevenues nettes plus tard. Les cornées, et le fait est à noter, n'ont jamais présenté ni érosion, ni trace de ramollissement.

Troisième cas. — Le troisième est un jeune garçon de trois ans, présentant une conjonctivite pseudo-membraneuse bien nette, mais moins grave, et qui a guéri en un mois par les nettoyages à l'huile de pétrole, sans que les cornées aient présenté la moindre altération.

Ces trois cas me paraissent concluants au sujet de l'efficacité du traitement par l'huile de pétrole brute. Il faut donc employer l'huile de pétrole en nettoyages faits toutes les deux heures et y adjoindre, dans le cas d'opacification des cornées, le traitement à l'oxyde jaune de mercure.

De la pression des paupières sur la cornée. — M. Bull (de Paris) continue les études qu'il a commencées il y a quelques années, dans son travail sur la diplopie asymétrique monoculaire. Ce sujet est plus important qu'il ne se l'était d'abord imaginé. Il décrit une certaine forme de fatigue oculaire qu'il appelle asthénopie dorsale et qui résulte de l'excès de fatigue qu'éprouvent certaines personnes en lisant et particulièrement en lisant au lit.

M. Swan Burnett. J'ai pris beaucoup d'intérêt à la communication du Dr Bull parce que dans quelques expériences sur moi même, commencées il y a déjà quelques années, j'ai constaté que la pression des paupières donnait un astigmatisme très apparent que je ne pouvais corriger par aucun verre cylindrique. J'ai également constaté, comme tous ceux qui se sont servis de l'ophthalmomètre, que la pression des paupières produisait quelquefois un changement très marqué dans la courbure de la cornée.

M. Power. Que la pression sur la surface de la cornée puisse altérer sa courbure, j'en ai eu la démonstration dans un cas d'herpès de la cornée suivi d'ectropion. Je fis une nouvelle paupière. Celle-ci, étant plus lourde et causant une pression plus considérable sur le bout de la cornée, amena une altération considérable dans la forme de cette membrane et un fort degré d'astigmatisme irrégulier.

M. Roosa demande au Dr Bull, dont le travail n'a pas été entièrement lu, si cette pression des paupières constitue une nouvelle forme d'asthénopie d'une façon générale. Le remède contre les effets temporaires de l'occlusion d'une paupière tandis qu'on se sert de l'autre œil est d'apprendre, en se servant de l'ophtalmoscope et du microscope, à tenir les deux yeux ouverts.

Cette éducation, pense l'auteur, est très utile en permettant le repos du muscle ciliaire.

Quant aux remarques de M. Power, il a supposé que les femmes lisant au lit après un accouchement ou pendant la menstruation souffraient de fatigue du muscle ciliaire, d'asthénopie accommodative. On a beaucoup étudié l'asthénopie vraie telle qu'elle est définie par Donders, laquelle définition reste correcte pour l'asthénopie due à des erreurs de réfraction (asthénopie vraie). Il y a tant de sortes de fatigues de l'œil réunies sous le titre d'asthénopie qu'il était important de savoir au juste ce que veut dire le Dr Bull quant à la fréquence et à la permanence de l'asthénopie due à la pression des paupières sur la cornée.

M. G. C. Savage. Je ne crois pas que la véritable explication de l'asthénopie causée par la lecture dans la position couchée ait été donnée ce matin, soit dans la communication de M. Bull, soit dans la discussion qui l'a suivie. Si le livre peut être tenu dans la même position relative, soit que le malade soit couché, soit qu'il reste debout, je ne crois pas qu'il puisse résulter un plus grand hommage dans la première position que dans la dernière.

Lorsqu'on est couché, le livre est tenu relativement plus horizontal que quand on est assis. Cela nécessite l'abaissement très prononcé de l'axe visuel effectué par les droits inférieurs ; lorsque ces muscles abaissent l'axe visuel ils tendent à faire diverger le méridien vertical de chaque œil, ce qui est contrebalancé par l'action des muscles grands obliques. Ce travail excessif de la part des droits inférieurs et des obliques supérieurs est à mon avis ce qui cause l'asthénopie.

M. Bull répond que l'asthénopie tarsale est communément associée aux symptômes de l'asthénopie accommodative, car la pression des paupières sur la cornée semble provoquer des spasmes. Il pense qu'il n'est pas nécessaire de considérer la fatigue des muscles obliques comme la cause de la fatigue à la lecture, car le degré de fatigue correspond au degré de la pression effectuée sur la cornée.

Névrite optique d'origine réflexe amygdalaire. — M. Menacho (de Barcelone). Il s'agit d'une jeune fille qui, à la suite d'une amygdalite catarrhale double, a eu une hypertrophie amygdalaire et deux semaines plus tard est devenue aveugle à la suite d'une papillite double, par stase très accusée et dont la vue a repris rapidement deux jours après à la suite de l'excision des deux amygdales jusqu'à redevenir tout à fait normale au bout d'un mois.

Il explique la pathogénie de la maladie en l'attribuant à une action réflexe à travers le glosso-pharyngien et le sympathique au moyen du plexus pharyngien en bas et la branche d'Andersch et le plexus caverneux.

Il en conclut qu'il faut admettre l'existence du réflexe amygdalaire.

NOUVELLES

École de médecine de Reims. — Un concours s'ouvrira, le 1er mars 1895, devant l'École préparatoire de médecine et de pharmacie de Reims, pour l'emploi de chef des travaux anatomiques et physiologiques à ladite Ecole.

Le registre d'inscription sera clos un mois avant l'ouverture du concours.

Corps de santé des colonies. — Par décret, en date du 23 août 1894, M. le Dr Treille, médecin inspecteur de première classe, a été nommé inspecteur général du corps de santé des colonies et pays de protectorat.

Mérite agricole. — Sont nommés *Officiers* : MM. les professeurs Baron, de l'École vétérinaire d'Alfort; Cornevin, de l'École vétérinaire de Lyon. — Sont nommés *Chevaliers* : M. le Dr Charrin, professeur agrégé à la Faculté de médecine de Paris ; M. le Dr Guerlou (de Lalinde).

Médecins conseillers généraux. — M. le Dr Godet (des Sables-d'Olonne, a été élu, le dimanche 5 août, conseiller général républicain de la Vendée.

Chemin de fer d'Orléans. — *Douze jours aux Pyrénées.* Excursion du 2 au 15 septembre 1894. — Billets à prix réduits. — Visite de Toulouse, Luchon, Bagnères-de-Bigorre, Luz et Saint-Sauveur, Le Cirque de Gavarnie, Cauterets, Lourdes, Pau, Bayonne, Biarritz, Arcachon, Bordeaux. Départ de Paris (gare d'Orléans) le 2 septembre 1894. Retour à Paris (gare d'Orléans) le 15 septembre 1894.

D'accord avec l'agence de Voyages, *Indicateurs Duchemin*, la Compagnie d'Orléans fera émettre, jusqu'au 1er *septembre*, des billets d'excursion comprenant :

1° Le transport en chemin de fer; 2° les chambres, service et repas (vin compris) ; 3° le transport en omnibus et en voitures; 4° les entrées et visites des monuments; 5° les soins des guides conducteurs de l'excursion.

Par les soins et sous la responsabilité de l'Agence de Voyages « *Indicateurs Duchemin* ».

Prix de l'excursion complète : 1re classe : 329 fr. 80 ; 2e classe : 296 fr. 70.

Le nombre des places est limité. — Les billets sont délivrés dans les bureaux de l'Agence de Voyages « *Indicateurs Duchemin* », 20, rue de Grammont, à Paris.

On peut se procurer des renseignements et des prospectus détaillés : A la gare d'Orléans (quai d'Ausierlitz); 7, place de la Madeleine; 8, rue de Londres; 21 *bis* rue de Paradis; 7, rue Paul-Lelong; 34, boulevard de Sébastopol; 326, rue Saint-Martin (impasse de la Planchette); 63, rue des Archives; 6, place Saint-Sulpice; 5, rue Gaillon; 21, rue du Bouloi; 33, quai Valmy; 21, rue du Faubourg-Saint-Antoine, et 2, rue de la Roquette, à l'angle de la place de la Bastille.

Nécrologie. — Le Dr Mourlon, médecin principal de 1re classe, ancien directeur du service de santé du 4e corps d'armée, commandeur de la Légion d'honneur. — Le Dr Vissaguet, médecin en chef honoraire de l'asile de Montredon, reçu en 1858. — Le Dr de Séguy, de Saint-Flour (Cantal), reçu en 1882. — Le Dr Cady, de Torfou (Maine-et-Loire), reçu en 1864.

DYSPEPSIES. — *Vin de Chassaing.* — Pepsine et Diastase.

ALIMENT DES ENFANTS. — Phosphatine Falières.

CONSTIPATION. — Poudre laxative de Vichy.

VIN AROUD (viande et quina). — Médicament régénérateur représentant p. 30 gr. 3 gr. de quina et 27 gr. de viande. **Anémie. Fièvres. Convalescences. Maladies de l'Estomac et des Intestins.**

PHTHISIE, BRONCHITES, CATARRHES traités par *L'Emulsion Marchais* à la créosote, au tolu et phosphate de chaux. — **Anémie, chlorose.** — *Dragées Cézard*, ne constipant pas.

NUTRITION DES ENFANTS. — Farine alimentaire Vigier.

Le Gérant : A. Chevallereau

Paris. — Typ. A. DAVY, 52, rue Madame. — *Téléphone*.